

# REGISTRO DE MEDICAMENTOS DESECHOS

Los medicamentos caducados o discontinuados por el profesional de la salud del residente deben ser eliminados por el proveedor de CFH dentro de treinta (30) días.

## INFORMACIÓN DEL RESIDENTE

*El residente es el adulto venerable que vive con el proveedor de CFH cuyos medicamentos han sido eliminados.*

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Nombre Completo Legal: | Fecha de Nacimiento: |
|------------------------|----------------------|

## INFORMACIÓN DE ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Nombre de Medicamento:   | Dosis:                |
| Cantidad Eliminada:  |                       |
| Razón de Eliminación:<br><input type="checkbox"/> El medicamento fue discontinuado por el profesional de la salud del residente.<br><input type="checkbox"/> El medicamento paso su fecha de caducidad.<br><input type="checkbox"/> Otra razón (por favor describa): _____ |                       |
| Método de Eliminación:   |                       |
| Firma del Proveedor:   | Fecha de Eliminación: |
| Firma de testigo adulto: (no debe ser el residente):   | Fecha:                |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Nombre de Medicamento:   | Dosis:                |
| Cantidad Eliminada:  |                       |
| Razón de Eliminación:<br><input type="checkbox"/> El medicamento fue discontinuado por el profesional de la salud del residente.<br><input type="checkbox"/> El medicamento paso su fecha de caducidad.<br><input type="checkbox"/> Otra razón (por favor describa): _____ |                       |
| Método de Eliminación:   |                       |
| Firma del Proveedor:   | Fecha de Eliminación: |
| Firma de testigo adulto: (no debe ser el residente):   | Fecha:                |